

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**APOYO SOCIAL Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL
ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II. HOSPITAL LA
CALETA, CHIMBOTE 2015.**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

TESISTAS:

Bach. QUILLAS CASTRO Laura Esther

Bach. RAMOS SAMAMÉ Areli Jocabed

ASESORA:

Ms. RODRÍGUEZ BARRETO, Yolanda.

NUEVO CHIMBOTE - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



REVISADO Y Vº "B" DE:

Ms. RODRÍGUEZ BARRETO, Yolanda.

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



JURADO EVALUADOR

Dr. Miguel Ponce Loza

Presidente

Ms. Esperanza Melgarejo Valverde

Secretaria

Ms. Yolanda Rodríguez Barreto

Integrante

DEDICATORIA

*A **DIOS** por ser el más importante en mi vida y por mostrarme que con humildad, paciencia y sabiduría todo es posible, además de brindarme las fuerzas para poder lograr mis metas trazadas permitiéndome continuar con mi vocación como profesional.*

*A mis padres **ADELAIDA y PEDRO** por brindarme su gran amor, comprensión, sus consejos, valores, por los ejemplos de perseverancia que los caracteriza, por su apoyo constante y fuerzas que me motivaron a seguir adelante y poder cumplir con mis objetivos.*

*A mis hermanos **NATALY y JONATHAN** porque estuvieron conmigo brindándome su apoyo y alentándome a terminar con mis metas a comprenderme y a darme fuerzas porque también son parte de ese incentivo para seguir adelante.*

RAMOS SAMAMÉ, Areli Jocabed

DEDICATORIA

*A **DIOS**, por estar presente y ayudarme en cada momento de mi vida, por fortalecer y reconfortar mi alma en tiempos difíciles, por su amor incondicional, por haberme dado salud, sabiduría, por ser partícipe de todo el trayecto de mi carrera profesional y permitirme llegar a mis objetivos.*

*A mis padres, **ENRIQUE y REYNA** por su apoyo, consejos, por ser la base y el pilar de mi hogar y educarme con valores sólidos en mi persona; su mejor herencia, por su motivación constante, por el ejemplo de perseverancia y sobre todo por el amor puro, transparente e incondicional que todos los días me brindan.*

*A mis hermanos, **CARLOS, SAMUEL, JAVIER y RUBY** que siempre cuidan de mí y me brindan su apoyo incondicional, son mi mayor ejemplo porque me han enseñado que una persona puede lograr muchas cosas si decide hacerlo.*

QUILLAS CASTRO, Laura Esther

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

*A nuestra asesora: Ms. RODRÍGUEZ BARRETO, Yolanda
por sus conocimientos brindados en el trayecto de nuestra formación
profesional, por su paciencia, apoyo y orientación permanente durante el
desarrollo de nuestro trabajo e investigación.*

AGRADECIMIENTO

A nuestra Alma Mater la Universidad Nacional del Santa por brindarnos la oportunidad de ser parte de esta familia prestigiosa y el poder formarnos profesionalmente.

Donde quedan nuestros recuerdos de estudios, amigos y aprendizaje para nuestro futuro

A nuestras docentes de la E.A.P de Enfermería por sus enseñanzas, apoyo incondicional y motivación, que nos transmitieron durante nuestra formación profesional.

A la licenciada de enfermería que labora en el Servicio de Programa de Hipertensión y Diabetes Mellitus del Hospital La Caleta, por sus facilidades brindadas para la ejecución de la presente tesis.

Laura y Areli

INDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCION	13
II. MARCO TEORICO	27
III. METODOLOGIA	43
IV. RESULTADOS Y DISCUSION	55
4.1 RESULTADOS	55
4.2 ANALISIS Y DISCUSION	61
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
5.1 CONCLUSIONES	68
5.2 RECOMENDACIONES	69
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	70
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01 PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II. HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE 2015.	55
TABLA N° 02 APOYO SOCIAL EN EL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II. HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE 2015.	57
TABLA N° 03 RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL APOYO SOCIAL Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II. HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE 2015.	59

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA N° 01	
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II. HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE 2015	56
FIGURA N° 02	
APOYO SOCIAL EN EL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II. HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE 2015	58
FIGURA N° 03	
RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL APOYO SOCIAL Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II. HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE 2015.	60

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, con el objetivo de conocer la relación entre el apoyo social y prácticas de autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus tipo II. Hospital La Caleta, Chimbote 2015. La muestra estuvo conformada por Adultos con diagnósticos de Diabetes Mellitus tipo II, que fueron atendidos en el hospital y que cumplieron los criterios de inclusión. Se aplicaron los instrumentos: Cuestionario de Nivel de apoyo social y el Cuestionario de Prácticas de Autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus tipo II. El procesamiento de datos se realizó mediante el software especializado SPSS versión 20, llegándose a las siguientes conclusiones:

1. Del 100% de adultos con Diabetes Mellitus tipo II encuestados, manifestaron tener prácticas de autocuidado adecuados 42,9% y el 57,1% demostraron prácticas de autocuidado inadecuados.
2. Se identificó que el 40,0% de adultos con Diabetes Mellitus tipo II manifestaron tener un apoyo social normal, y el 60,0 % demostró tener apoyo social bajo.
3. Si existe una relación significativa entre el apoyo social y las prácticas de autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus tipo II ($p= 0,049$).

Palabras claves: Apoyo social, Autocuidado, Diabetes Mellitus, Enfermería.

ABSTRACT

This research is descriptive, in order to understand the relationship between social support and self-care practices in adults with diabetes mellitus type II. Hospital La Caleta, Chimbote 2015. The sample consisted of adults diagnosed with Diabetes Mellitus type II, which were treated at the hospital and who met the inclusion criteria. Questionnaire Level of social support and self-care practices questionnaire in adults with Diabetes Mellitus Type II: the instruments are applied. Data processing was performed using SPSS version 20 software specialist, reaching the following conclusions:

1. The 100% of adults with diabetes mellitus type II respondents reported having adequate self-care practices 42.9% and 57.1% showed inadequate self-care practices.
2. It was identified that 40.0% of adults with diabetes mellitus type II reported having a normal social support, and 60.0% demonstrated low social support.
3. If there is a significant relationship between social support and self-care practices in adults with diabetes mellitus type II ($p= 0.049$).

Keywords: Social support, Self- Care, Diabetes Mellitus, Nursing.

I. INTRODUCCIÓN

El incremento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, constituye un problema de salud pública mundial. Entre estas enfermedades la Diabetes Mellitus tipo II constituye una de las principales causas de invalidez y mortalidad tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Por ello centra su atención tanto en la prevención de su aparición como en mejorar su control, tratamiento y pronóstico. La Diabetes Mellitus, que se inicia como un envejecimiento prematuro, puede desarrollar devastadoras complicaciones en los pacientes y producir un impacto socioeconómico importante a nivel mundial, con aumento del costo tanto personal como social, no sólo en su tratamiento sino también en la pérdida de años de vida útil (1).

Según la OMS, define la Diabetes Mellitus como un estado de hiperglucemia y asociada con una deficiencia absoluta o relativa en la secreción o acción de la insulina. Hay tres formas principales de diabetes: la Diabetes Mellitus tipo I, la Diabetes Mellitus tipo II y la Diabetes Mellitus gestacional producidos por diversos factores de riesgo modificables como la obesidad o el sobrepeso, inactividad física y los regímenes alimentarios hipercalóricos de bajo nivel nutritivo (2).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que alrededor de 62,8 millones de personas en las Américas padecen Diabetes

Mellitus (datos del 2011). Si la tendencia actual continúa, se espera que este número aumente a 91,1 millones para 2030. Este comportamiento epidémico probablemente se debe a varios factores entre los cuales se destacan la raza, el cambio en los hábitos de vida y el envejecimiento de la población (3).

En el año 2011 la Asociación Latinoamericana de Diabetes reportó que existe alrededor de 15 millones de personas con Diabetes Mellitus en Latinoamérica y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años, mucho más de lo esperado por el simple incremento poblacional. En Latinoamérica la Diabetes Mellitus tipo II se diagnostica tarde (alrededor de un 30 a 50% de las personas desconocen su problema por meses o años, en zonas rurales esto ocurre casi en el 100%). En los estudios de personas con Diabetes Mellitus tipo II recién diagnosticada, la prevalencia de retinopatía oscila entre 16 y 21%, la de nefropatía entre 12 y 23% y la de neuropatía entre 25 y 40%, ocupando uno de los primeros 10 lugares como causa de consulta y de mortalidad en la población adulta. La mayoría de las causas de hospitalización de la persona diabética se pueden prevenir con una buena educación y un adecuado programa de reconocimiento temprano de las complicaciones. Prevenirla implica un manejo integral de todos los factores de riesgo tales como la hiperglucemia, la dislipidemia, la hipertensión arterial, el hábito de fumar, etc. (4).

En el país la Diabetes Mellitus afecta a casi 2 millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad el 8% de adultos de la costa la padecen; mientras que en la sierra varía entre 1.2 – 1.4%. Esta enfermedad, es causada principalmente por los cambios en el estilo de vida de la población consecuencia del modernismo y el avance que han influenciado en los hábitos de consumo, ambientes laborales y psíquicos (6).

Según datos del Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2013 las personas atendidas por Diabetes Mellitus fueron 152 049, de todos estos casos más de la mitad (52%) fue por Diabetes Mellitus tipo II, siendo los departamentos con mayor casos de atenciones por Diabetes Mellitus Lima (65 116), Callao (15 262), La Libertad (10 316), Piura (6 782) y Lambayeque (6 360) y los lugares con menos casos de atenciones Moquegua (508), Huancavelica (657), Pasco (693), Apurímac (791) y Madre de Dios (1051), estas cifras reflejan un aumento al compararlas con el número de pacientes tratados en el año 2012 el cual fue de 128 255 personas. Sin embargo estas cifras no revelan al 100% la situación epidemiológica de Diabetes Mellitus en el Perú, pues también existen casos de Diabetes no tratadas (7)(8).

En Ancash, según datos del MINSA en el año 2013 los casos atendidos de Diabetes Mellitus fueron 3592, de los cuales la mayoría (1786) se encuentran en el grupo etáreo de 30 a 59 años, seguidos por el grupo

etáreo de 60 a más años con 1648 casos, el grupo etáreo de 18 a 29 años tuvo 100 casos atendidos, el grupo etáreo de 0 a 11 años tuvo 36 casos atendidos y el grupo etáreo de 12 a 17 años tuvo 22 casos atendidos. En el año 2012 el MINSA reportó 2862 casos de Diabetes Mellitus atendidos, al comparar las cifras se puede observar una tendencia que va en aumento (9).

En la Red Pacífico Sur en el año 2013 se atendieron 289 personas con Diabetes Mellitus de los cuales la mayor población (154 personas) se encuentra en el grupo etáreo de 30 a 59 años. Y en el mismo año la Red Pacífico Norte reportó la atención de 865 personas con Diabetes Mellitus, de los cuales la mayor población (437 personas) se encuentra en el grupo etáreo de 30 a 59 años (10).

En la provincia del Santa el Programa de Diabetes de EsSalud registró en el año 2011 el ingreso de 2600 personas que padecen este mal. Además se ha incrementado en 30% los casos de personas entre 30 y 40 años con esta enfermedad (11).

Diversos estudios reportan que los pacientes con Diabetes Mellitus no sólo son físicamente afectados sino que también desarrollan una variedad de problemas emocionales a medida que la enfermedad progresa a un estado de cronicidad, lo cual conlleva al deterioro del bienestar de los sujetos que la padecen. El propósito del autocuidado es que las personas

tengan un mayor control sobre su propia salud, considerando que esta no es solo la ausencia de enfermedad, sino que involucra el bienestar físico, emocional, económico y social, pero también implica obtener un nivel de condiciones materiales y espirituales que permitan a la persona permanecer socialmente activo, logrando así una vida más saludable (12).

Se encontraron estudios relacionados con alguna de las variables del presente trabajo en el Ámbito Internacional los cuales reportan:

En Chile, Alarcón S, S. (1993) en su estudio “Capacidad de autocuidado del paciente Diabético crónico”, señala que sólo el 18, 3% de estos pacientes poseen una alta capacidad para el autocuidado, en tanto que el 81,7 % no cuenta con esta capacidad (13).

En México, Cuervo, C. (2001) realizó un estudio “Factores Personales, Apoyo Social y Estilo de Vida del Paciente con Diabetes tipo II”, teniendo como resultado que el apoyo social tiene un efecto significativo en el estilo de vida de los pacientes, a mayor apoyo social mejor es el estilo de vida de los sujetos estudiados, la fuente de apoyo más importante fueron la esposa, el esposo y la hija. El 67.9% tiene una escolaridad baja y el 69.8% vivía con su pareja (14).

En México, Amador D, B; Márquez C, G y Sabido S, S. (2004), en su estudio “Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes con

Diabetes Mellitus tipo II en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social”, de los 200 pacientes a los que se les aplicó el cuestionario de autocuidado, 125 (62%) respondieron positivamente a los cinco criterios establecidos para clasificarlos como pacientes con autocuidado (grupo A). El resto, 75 (37%), no reunieron los requisitos y se clasificaron como pacientes sin autocuidado (grupo B). De los cinco criterios para clasificar a los pacientes con autocuidado, destacó la asistencia a citas médicas con un 95% y el apego al tratamiento farmacológico en el 70%; mientras que algunos criterios, como la práctica de ejercicio, se observaron por debajo del 10 % de los pacientes (15).

En México, Irasema R, B y Tatiana A, M. (2007) en su investigación denominada, “Capacidad de autocuidado de personas con Diabetes Mellitus tipo II relacionadas con algunas variables sociodemográficas y clínicas en el hospital de urgencia en México”, obtuvo como resultado que el 33% de los sujetos presentaron buena capacidad para el autocuidado y 67% regular, siendo que ninguno presentó capacidad para el autocuidado considerada muy buena o mala. Las personas tienen exigencias de autocuidado relacionadas a la propia fase del ciclo vital, así como la presencia de enfermedades concomitantes, exigiendo apoyo y un acompañamiento cercano de los familiares (16).

En Ecuador Olga A, M y Lourdes C, I. (2013) En su investigación titulada “Autocuidado en personas con Diabetes Mellitus tipo II, que asisten al club

de diabéticos del centro de salud N° 1 Pumapungo, Cuenca – Ecuador”, afirma que el 94.7% de las personas toman o se administran medicación para controlar la enfermedad y el 5.3% la controlan con dieta equilibrada y ejercicio adecuado evidenciándose que el 82.5% realizan actividad física, el 100% acude al control médico periódico, 52.6% se alimentan entre 4 a 6 veces al día; demostrándose que las 57 personas encuestadas realizan diferentes actividades para su autocuidado como: ejercicio, dieta y cuidados generales en piel y pies, ayudándolos así a conllevar de mejor manera la enfermedad (17).

En el ámbito nacional se reportan los siguientes estudios:

En Trujillo, Gracia, C y Gosser, M. (1996) en su estudio denominado “Calidad de autocuidado referido según el tiempo de enfermedad en la Esperanza – IPPS”, reportaron que los pacientes del programa de control de Diabetes en mayor porcentaje refieren prácticas de autocuidado de regular modo, siendo la mayor diferencia entre la práctica de actividad y ejercicio (90.8%), seguido por las prácticas de nutrición e higiene que se refiere en forma regular, y solo el uso de hipoglucemiantes con un (40.8%), se halla con buenas practicas (18).

En Lima, Elvia H, C. (2005) en su estudio, “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes Diabéticos y los factores socioculturales que lo favorecen o limitan su cumplimiento, en el Programa de Diabetes del

Hospital Nacional Dos de Mayo”, obtuvieron como resultado con respecto a la alimentación, que el 87% consume una adecuada alimentación, caracterizada por el consumo diario de verduras y frutas, e interdiario de carnes y harinas; en cuanto al cuidado de los pies el 54% considera importante el aseo y la búsqueda de alguna lesión, el 69% practica ejercicios como las caminatas. Respecto al cuidado de la vista, el 38% de pacientes visita al oftalmólogo para diagnosticar precozmente cualquier complicación de la misma, observándose que en los factores sociales el mayor porcentaje 91.67%, está constituidos por actitudes personales caracterizado por la responsabilidad hacia el cuidado de sí mismo, ya que los resultados demuestran que los pacientes han asumido con responsabilidad su autocuidado y en un porcentaje menor 8.33% caracterizado por el apoyo familiar que recibe el paciente (19).

En Lima, Chávez S. (2011) realizó su estudio “Relación entre el nivel apoyo familiar en el cuidado y calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II”, obteniendo como resultados que el 35.2% de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II presentó un nivel de vida regular, mientras que un 30,3% presento un nivel malo; en segundo lugar, el 34.9% evidenció un nivel de apoyo familiar bueno mientras que en el 22,5% fue excelente. Finalmente, el 51,3% mostró un nivel de calidad de vida bueno según el nivel de apoyo familiar, llegando a la conclusión que el apoyo familiar influye positivamente en la calidad del paciente con Diabetes Mellitus tipo II (20) .

En Trujillo, Méndez C y Montero F. (2012) en su trabajo de investigación acerca de “Prácticas de Autocuidado y su Relación con el Nivel de Información sobre Diabetes Mellitus y el Apoyo Familiar percibido por Adultos Diabéticos, Hospital Belén de Trujillo”, encontraron que un porcentaje de 54.9% de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II presentó un nivel de autocuidado bueno, un porcentaje 38.5% presentó un nivel de autocuidado regular y porcentaje de 6.6% nivel de autocuidado malo (21).

En Chepén, Virginia A. y Luz M. (2013) en su estudio “Nivel de información sobre Diabetes Mellitus y Nivel de Autocuidado en pacientes Adultos del Programa de Control del Hospital I Es Salud – Chepén”, se encontró que de 44 pacientes con Diabetes Mellitus el 86.4% presentó buen nivel de autocuidado y el 13.6% presentó regular nivel de autocuidado (22).

En el ámbito local:

En Chimbote, Córdova J; Graus S. y Portal I. (2001) en su investigación “Algunos factores biológicos y sociales relacionados con el nivel de autocuidado del paciente Diabético del Hospital III –Es salud”, obtuvieron los siguientes resultados, el nivel de autocuidado de los pacientes que asisten al programa de Diabetes están ubicadas en las escalas de regular a bueno con 83.9% y 15.6% respectivamente, así mismo no se encontró relación estadística significativa entre algunos factores biológicos como edad, sexo, tiempo de la enfermedad con el nivel de

autocuidado de los pacientes diabéticos pero existe relación estadística altamente significativa con el nivel socioeconómico y nivel de información sobre su enfermedad donde ambos presentan un nivel de autocuidado regular (23).

En Chimbote, López O. y De la Cruz B. (2008) en su estudio “Autocuidado del usuario con Diabetes Mellitus tipo II y su relación con factores personales y socioeconómicos. Hospital - la caleta”, llegaron a las siguientes conclusiones que existe una proporción significativa de usuarios con Diabetes Mellitus tipo II del Hospital La Caleta con un nivel de autocuidado inadecuado (58.1%) es decir, 6 de cada 10 usuarios con Diabetes Mellitus tipo II tienen un inadecuado nivel de autocuidado, asimismo existe una relación estadística significativa entre el nivel de autocuidado y algunos factores personales como antecedente familiar y los usuarios de sexo masculino, sin antecedente familiar y sin pareja los cuales constituyen un riesgo para presentar autocuidado inadecuado y también existe relación estadística significativa entre el nivel de autocuidado y el factor socioeconómico como: nivel socioeconómico y nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus; asimismo a mayor nivel socioeconómico y a mayor nivel de conocimiento mejora la tendencia del nivel de autocuidado del usuario con Diabetes Mellitus Tipo II (24).

Muchas de las complicaciones de la diabetes pueden prevenirse o retrasarse mediante un manejo eficaz, esto incluye medidas relacionadas

con el estilo de vida como una dieta saludable, actividad física, prevención del sobrepeso, obesidad y tabaquismo. Es importante considerar el componente emocional de los pacientes debido a que algunos niegan la gravedad de su enfermedad e ignoran la necesidad de auto cuidarse, estas reacciones pueden interferir en el manejo de los niveles de glicemia, provocando graves complicaciones de salud incluyendo la muerte, por ello es necesario promover el autocuidado en los pacientes lo cual contribuiría a fortalecer la capacidad para afrontar los problemas o limitaciones que genera la enfermedad y a la adopción de un estilo de vida saludable (25).

Dada la incidencia de casos de Diabetes Mellitus en el mundo, ha sido reconocida por la OMS como uno de los grandes problemas que afecta a la salud de la población mundial y nacional. Particularmente en Chimbote se ha creado en junio del 2004 el consultorio de endocrinología en el Hospital “La Caleta”, posteriormente la creación de nuevos programas de prevención dentro de los cuales se encuentra funcionando el “Programa de prevención de la diabetes” con el propósito de prevenir y tratar enfermedades endocrinológicas. Entre el periodo del 2012 y 2013, en el hospital La Caleta se ha detectado 1.115 casos de esta enfermedad, así mismo para el 2014 se han atendido 500 casos nuevos, dentro de los cuales existen pacientes que por abandonar el tratamiento han presentado problemas cardiovasculares y de insuficiencia renal(26) (27).

En tal sentido el profesional de enfermería no está ajeno a esta

realidad y se caracteriza por ser un líder de los programas preventivo promocionales, cumpliendo un rol muy importante en el cuidado del paciente diabético ya que realiza una serie de acciones dirigidas a los diferentes factores que favorecen o limitan el auto cuidado del paciente en la prevención de complicaciones promoviendo estilos de vida saludables, mejorando su calidad de vida contribuyendo así a disminuir las altas tasas de morbilidad y mortalidad de la Diabetes, así mismo podemos determinar que el apoyo social en el paciente diabético de una Institución de salud se basa en la orientación que se brinde referentemente a su propio cuidado con la finalidad de disminuir las complicaciones de la enfermedad y mantener al margen su nivel de calidad de vida ya que la salud de estos pacientes se deteriora y las complicaciones que se presentan tales como la ceguera, hipertensión arterial, insuficiencia renal, impotencia sexual, gangrena de los pies, entre otros se presentan por que el paciente no es consciente de su autocuidado ya que esta enfermedad se desarrolla lentamente en el adulto, por esta razón surge la inquietud de indagar si el apoyo social puede infundir o no en las prácticas de autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Por todo ello se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la relación que existe entre el apoyo social y las prácticas de autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus tipo II del Hospital la Caleta, Chimbote 2015?

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Conocer la relación que existe entre el apoyo social y las prácticas de autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus tipo II. Hospital La Caleta, Chimbote 2015.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Identificar las prácticas de autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus tipo II. Hospital La Caleta, Chimbote 2015
- ✓ Identificar el nivel de apoyo social en el adulto con Diabetes Mellitus tipo II. Hospital La Caleta, Chimbote 2015.
- ✓ Determinar la relación que existe entre el apoyo social y las prácticas de autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus tipo II. Hospital La Caleta, Chimbote 2015.

2.4. HIPOTESIS:

Hi: Existe una relación significativa entre el nivel de apoyo social y las prácticas de autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus tipo II. Hospital La Caleta, Chimbote 2015.

Ho: No Existe una relación significativa entre el nivel de apoyo social y las prácticas de autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus tipo II. Hospital La Caleta, Chimbote 2015.

El presente trabajo de investigación es de gran importancia para los profesionales de enfermería para el enriquecimiento sus conocimientos, solución de problemas, desarrollo de su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión, respetando la cultura del paciente y reorientando las creencias y prácticas desfavorables para mejorar estilos de vida y con ello disminuir el riesgo a complicaciones, de ese modo poder desarrollar sus habilidades para determinar la relación existente entre el apoyo social y las prácticas de autocuidado en el paciente con Diabetes Mellitus tipo II, sabiendo que la enfermera quien labora en el primer nivel de atención brinde un cuidado integral de forma racional, lógica y sistemática para obtener información e identificar los problemas de la persona, familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

Para las instituciones formadoras como la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa, ayudando a fortalecer los conocimientos en la formación profesional del estudiante de enfermería hacia el desarrollo integral del adulto.

Además los resultados podrán ser tomados en cuenta como base para la elaboración de estudios que amplíen estos conocimientos e innoven el planteamiento de alternativas de solución eficientes efectivas que impacten sobre el problema.

II. MARCO TEORICO

El presente trabajo de investigación está sustentado en la TEORÍA DE AUTOCUIDADO DE DOROTEA OREM.

Orem, considera su Teoría de Autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas: La teoría del Autocuidado que describe y explica el autocuidado; la Teoría de Déficit de Autocuidado que describe y explica las razones por la que enfermería puede ayudar a las personas; y, la Teoría de los Sistemas de Enfermería que describe y explica las relaciones que es necesaria establecer y mantener para que se dé el cuidado de enfermería (28).

En la teoría de autocuidado de Dorotea Orem, abarca los siguientes conceptos: Autocuidado, Agente de autocuidado, y los requisitos del autocuidado.

El **autocuidado** según Dorotea Orem, ha sido definido como: “una actividad de la persona, aprendido por este y orientado hacia un objetivo; es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que la persona dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad, en beneficio de la vida, salud y bienestar. El autocuidado es un fenómeno activo, requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la

toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado (29).

El **agente de autocuidado** según Orem, lo define como la persona que realiza las acciones del autocuidado. Cuando las acciones van desde la persona que las ejecuta hacia ella misma, se denomina “Agente de Autocuidado”. Cuando las acciones van desde las personas que las realizan hacia personas sin capacidad de autocuidado, se denomina “agente de cuidado dependiente” (30).

Los **requisitos de autocuidado** son la expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desea obtener, son los medios para llevar a cabo las acciones que atribuyen el autocuidado. Dentro de los requisitos de autocuidado se subdividen en tres categorías las cuales son los requisitos universales, requisitos relativos al desarrollo y los requisitos de desviación de la salud (30)(31).

Los **requisitos universales** son comunes a todas las personas e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado o la

asistencia dependiente organizada en torno a los requisitos universales, fomenta positivamente la salud y el bienestar.

Dentro de los requisitos se pueden considerar:

- ✓ Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- ✓ Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- ✓ Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
- ✓ Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal
- ✓ Equilibrio entre actividades y descanso.
- ✓ Equilibrio entre soledad y la comunicación social,
- ✓ Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano
- ✓ Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano (29)(31).

Los **requisitos relativos al desarrollo** son aquellos aquellos que están relacionados con los distintos momentos del ciclo vital, promueven las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez (28).

Los **requisitos de desviación de la salud** son aquellos que surgen o están vinculados a los estados de salud de las personas y los cuidados de la salud asociados con defectos de constitución corporal, genéticos desviaciones humanas, estructurales y funcionales. Estos requisitos de autocuidado existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de la salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras duran (28).

La Diabetes es una enfermedad de carácter familiar, permanente y crónica. El problema reside en que el páncreas no produce suficiente cantidad de una hormona llamada “insulina”, o si la produce no es buena. Por lo tanto el organismo es incapaz de utilizar los alimentos (azúcares, proteínas y grasas) adecuadamente, el azúcar y los alimentos que se transforman en ello no producen la energía que las células del organismo necesitan para sostener la vida y mantener el funcionamiento normal. La Diabetes no se cura, pero el tratamiento mejora la enfermedad (2).

Los pacientes con Diabetes Mellitus deben aceptar un papel importante en su cuidado respecto al tratamiento, su educación debe ampliarse, reforzarse, actualizarse en forma continua porque la Diabetes es una enfermedad de toda la

vida. Si el paciente alcanza la etapa final de aceptación a la de adopción al cambio, estará preparado y dispuesto a aceptar la responsabilidad de su autocuidado. La Diabetes es una enfermedad que requiere de un automanejo por parte de los pacientes, creando la necesidad de una educación más intensa para prevenir las diferentes complicaciones, las mismas que pueden reducir o prevenirse mejorado la regulación metabólica y aplicando el autocuidado, el cual involucra las prácticas de actividades consigo mismo para mantener la vida, salud y bienestar (13)(32).

Dentro de los requisitos para el autocuidado en la desviación de la salud en el paciente con Diabetes Mellitus tipo II el paciente diabético debe realizar diversos cuidados tales como cumplir con su control médico, dieta, tratamiento farmacológico, prácticas de ejercicios e higiene para mejorar su calidad de vida y así evitar las diversas complicaciones. Las personas con Diabetes reciben un tratamiento el cual tiene como objetivo normalizar la glucemia para reducir el desarrollo de las complicaciones vasculares y neuropatías (1) (2).

La enfermera cumple un rol importante en el autocuidado del paciente, tiene como preocupación principal la necesidad del individuo para que el mismo realice autocuidado dirigido a sostener la vida y la salud recuperándose de la enfermedad o daño y adaptarse a sus efectos y evitar complicaciones, es decir se compromete y protege su autocuidado, esto va a permitir al paciente diabético un mayor control sobre su vida (33).

El autocuidado para enfermería constituye un enfoque particular hacia la práctica clínica que pone énfasis primordialmente en la capacidad de la persona de lograr y mantener su salud. El autocuidado aun cuando está íntimamente vinculado a los conocimientos aprendidos, es una conducta que aparece súbitamente en situaciones concretas de la vida y que la persona dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afecten a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, salud y bienestar (34).

La educación al paciente diabético tiene por objetivo brindar conocimientos y destrezas que permiten al paciente Diabético participar en su autocuidado colaborando de esa manera permanentemente con el equipo de salud que lo atiende, al iniciarse en la primera consulta se le debe explicar al paciente cuales son las características de la enfermedad que le aqueja, las pautas alimentarias y medicamentosas, se hablará acerca de la importancia del autocuidado, el peligro de los pies, ventajas del ejercicio físico; debe ser permanente en todas las consultas que asiste el paciente. También en la consulta se debe enfatizar el aspecto emocional del paciente respecto de su enfermedad ya que este se ve muy afectado (32)(35).

Control Médico, anualmente debe realizarse una anamnesis, una exploración física completa y una determinación analítica, para valorar la existencia de complicaciones. La periodicidad de las actividades a realizar con el paciente diabético semestral y anualmente son peso, índice de masa corporal,

control de los signos vitales, control de hemoglobina glucosilada y anualmente perfil lipídico, análisis de creatinina, evaluación de fondo de ojo, exploración de los pies, electrocardiograma. Las visitas se programarán en función del grado de control metabólico, las necesidades del proceso educativo y el tiempo de evolución de la diabetes. Tras el diagnóstico, cada dos semanas hasta ajustar el tratamiento y desarrollar el programa básico de educación (36).

Dieta, tiene por objetivo mantener el nivel de la glucosa normal, o lo más cerca de lo normal durante todo el día. Mantener el nivel de colesterol, triglicéridos y lípidos, sobre todo el nivel de LDL (lipoproteína de baja densidad) dentro de los límites normales ya que la elevación de los lípidos constituye factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.

- Mantener el peso corporal, el llamado “peso ideal”. El plan de alimentación del diabético debe enfocarse en el porcentaje de calorías provenientes de carbohidratos, proteínas y grasas. Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente. Cada individuo debe recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica, actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen.
- Debe ser fraccionado, los alimentos se distribuirán en cinco a seis porciones diarias, con el fraccionamiento mejora la adherencia a la dieta, se

reducen los picos glucémicos postprandiales, y resulta especialmente útil en los pacientes en insulino terapia.

- La sal deberá consumirse en cantidad moderada (seis a ocho gramos) y sólo restringirse cuando existan enfermedades concomitantes (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal).
- No es recomendable el uso habitual de bebidas alcohólicas (precaución), cuando se consuman deben siempre ir acompañadas de algún alimento ya que el exceso de alcohol puede producir hipoglucemia en personas que utilizan hipoglucemiantes orales o insulina.
- Los jugos tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los requerimientos nutricionales diarios, es preferible que se consuma la fruta completa en lugar del jugo, los jugos pueden tomarse como sobremesa pero nunca para calmar la sed. La sed indica generalmente deshidratación cuya principal causa en una persona con diabetes es hiperglucemia. En estos casos se debe preferir el agua.
- Es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra soluble (50 g/día) mejoran el control glucémico, reducen la hiperinsulinemia y reducen los niveles de lípidos.
- Se recomienda: Comer alimentos variados: frutas frescas, verdura, pescado, carne, huevos.
- Se recomienda reducir el consumo de grasas de origen animal ya que contienen muchas calorías (manteca, aceite, grasa de cerdo y res), consumir de preferencia proteínas de origen no animal ya que ayuda a reducir riesgos de contraer problemas al corazón.

- El consumo de fibras tales como leguminosas, avena y algunas frutas, vegetales, pan y cereales integrales ayuda a disminuir la glucosa y los lípidos en la sangre y evita el estreñimiento, aumenta la saciedad y ayuda a perder peso y reducir el azúcar y la grasa en sangre.
- Es importante consumir alimentos en un horario determinado, para evitar complicaciones como la hipoglucemia, recomendaciones nutricionales de la Asociación Americana de Diabetes refieren la ingestión de grasas poliinsaturadas serie Omega 3, provenientes del pescado y otros alimentos de origen marino, ya que favorecen la función de coagulación de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II (32).

Farmacoterapia, incluye la aplicación de insulina e hipoglucemiantes orales, que son dos clases de agentes cuya función es disminuir los niveles de glucosa. Por lo tanto los cuidados de enfermería se debe centrar en el entendimiento, tanto del normal funcionamiento de la insulina endógena como de los efectos metabólicos de los agentes hipoglucemiantes orales (37).

Los hipoglucemiantes orales es otra alternativa que se incluyen en la Diabetes tipo II que no es posible tratarla únicamente mediante la dieta y el ejercicios, son bastante efectivos y su uso debe ser seriamente considerado si no existen contraindicaciones, tales como problemas cardiacos. Es importante que la persona este consciente que los agentes orales se prescriben como auxiliares y no como sustitutos de otras modalidades terapéuticas como la dieta y el ejercicio. Así mismo su uso debe ser muy cuidadoso en la administración de la dosis

prescrita, seguir la dieta indicada por el médico, mantener el programa usual de ejercicio, control de glicemia y tomar las precauciones de salud generales (38).

Prácticas de Ejercicios, es importante para el tratamiento de la Diabetes debido a que disminuye los niveles de glucosa en sangre, así como los factores de riesgo cardiovasculares. El ejercicio logra disminuir la glucemia al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejorar la utilización de la insulina(36).

El ejercicio es planeado, estructurado y repetitivo. Debe cumplir con las siguientes metas:

- ✓ A corto plazo, cambiar el hábito sedentario, mediante caminatas diarias al ritmo del paciente
- ✓ A mediano plazo, la frecuencia mínima deberá ser tres veces por semana en días alternos, con una duración mínima de 30 minutos cada vez
- ✓ A largo plazo, aumento en frecuencia e intensidad, conservando las etapas de calentamiento, mantenimiento y enfriamiento. Se recomienda el ejercicio aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etc.), debe hacerse énfasis en la revisión de los pies antes de cada actividad física. Está contraindicada la actividad física en pacientes descompensados (39).

Higiene, el Diabético está más propenso a las infecciones en general y esta susceptibilidad es causada por la circulación disminuida, el aumento de la glucosa en sangre, anormalidades en la respuesta inmunológica y otros factores no identificados.

Una de las medidas importantes para evitar y controlar dicho problema de higiene es el cuidado de la boca, la que debe ser examinada por lo menos cada tres o cuatro meses por un dentista. Se debe cepillar los dientes todos los días después de cada comida evitando la caries dental y la infección de las encías, las cuales pueden descompensar la Diabetes y ser difíciles de curar (40).

Así mismo incluyen también el cuidado de los pies mediante el aseo adecuado, secado, lubricación, también se deben revisar los pies diariamente en busca de cualquier signo de enrojecimiento, ampollas, fisuras, callosidades, úlceras; se puede utilizar un espejo para revisar la planta de los pies o pedir a un miembro de la familia que lo haga.

- No andar descalzo, ni siquiera en casa.
- Si se tiene la piel seca, se debe untar crema lubricante después de lavarse los pies y secarlos.
- No se debe poner crema lubricante entre los dedos de los pies.
- Se debe cortar las uñas de los pies una vez por semana, cuando estén suaves después del baño, el corte de uñas debe ser recta siguiendo el contorno del dedo y procurando que no queden demasiado cortas.
- No cortar las orillas porque podría cortarse la piel. Si las esquinas quedan filosas, pueden causar una herida que puede infectarse.
- Limarse las uñas con una lima de cartón.
- Siempre use zapatos o pantuflas (40).

El apoyo sociales un intercambio de bienes materiales, servicios, comodidad emocional, intimidad, asistencias, resolución de problemas y el grado en el cual las necesidades individuales de afecto, aprobación, pertenencia y seguridad son satisfechas por personas significativas. También se considera como la transmisión interpersonal que incluye a los elementos como la expresión de afecto de una persona a otra, afirmación o refuerzo de los comportamientos, percepciones o creencias y la prestación de ayuda simbólica o material entre las personas constituidas ya sea por familiares, amigos y/o grupos profesionales de ayuda y ausencia mutua (41).

El apoyo social es una variable importante en el bienestar del paciente con Diabetes Mellitus Tipo II ya que amortigua su estrés y facilita la atención de sus momentos de crisis. La ausencia de apoyo social en estos pacientes puede afectar adversamente en las respuestas de lucha y enfermedad (42).

Yanguas y Leturia consideran que el apoyo social es el conjunto de relaciones sociales, entre las que destacan las familiares, que proveen al sujeto de afecto, ayuda, imagen positiva, información y que es, al mismo tiempo, un mediador importante en el proceso de afrontamiento de los acontecimientos estresantes como las pérdidas, las enfermedades y los problemas económicos (43).

Cuando se habla de redes sociales suelen referir los diferentes autores a las estructuras del sistema que prestan apoyo a una persona, así como su relación y su accesibilidad.

Se distinguen las fuentes formales y las fuentes informales de apoyo. El sistema formal de apoyo posee una organización, un objetivo específico en ciertas áreas determinadas y utilizan profesionales o voluntarios para garantizar sus metas, dentro de los cuales se encuentran las Instituciones de salud (Hospitales y Puestos de Salud), Seguridad social, empresa para la que se trabaja, Organizaciones de voluntariado (44).

En el presente trabajo se ha considerado como fuente formal de apoyo social a la Institución de salud “Hospital La Caleta”, teniendo como recurso humano al personal de salud quien labora en esta Institución, principalmente la enfermera encargada en el manejo del Programa de Diabetes Mellitus.

Por otro lado se encuentran las fuentes informales de apoyo que está constituido por las redes personales y por las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo, incluyendo a la familia, amigos y allegados, compañeros de trabajo, vecinos y compañeros espirituales (parroquia) (44).

En este ámbito solo se consideró a la familia y amigos como parte de la investigación, quienes brindan ayuda de manera inmediata ofreciendo un apoyo emocional y solidario muy positivo para el paciente. El inconveniente radica en que estas redes son improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa. Así, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social informal bajo,

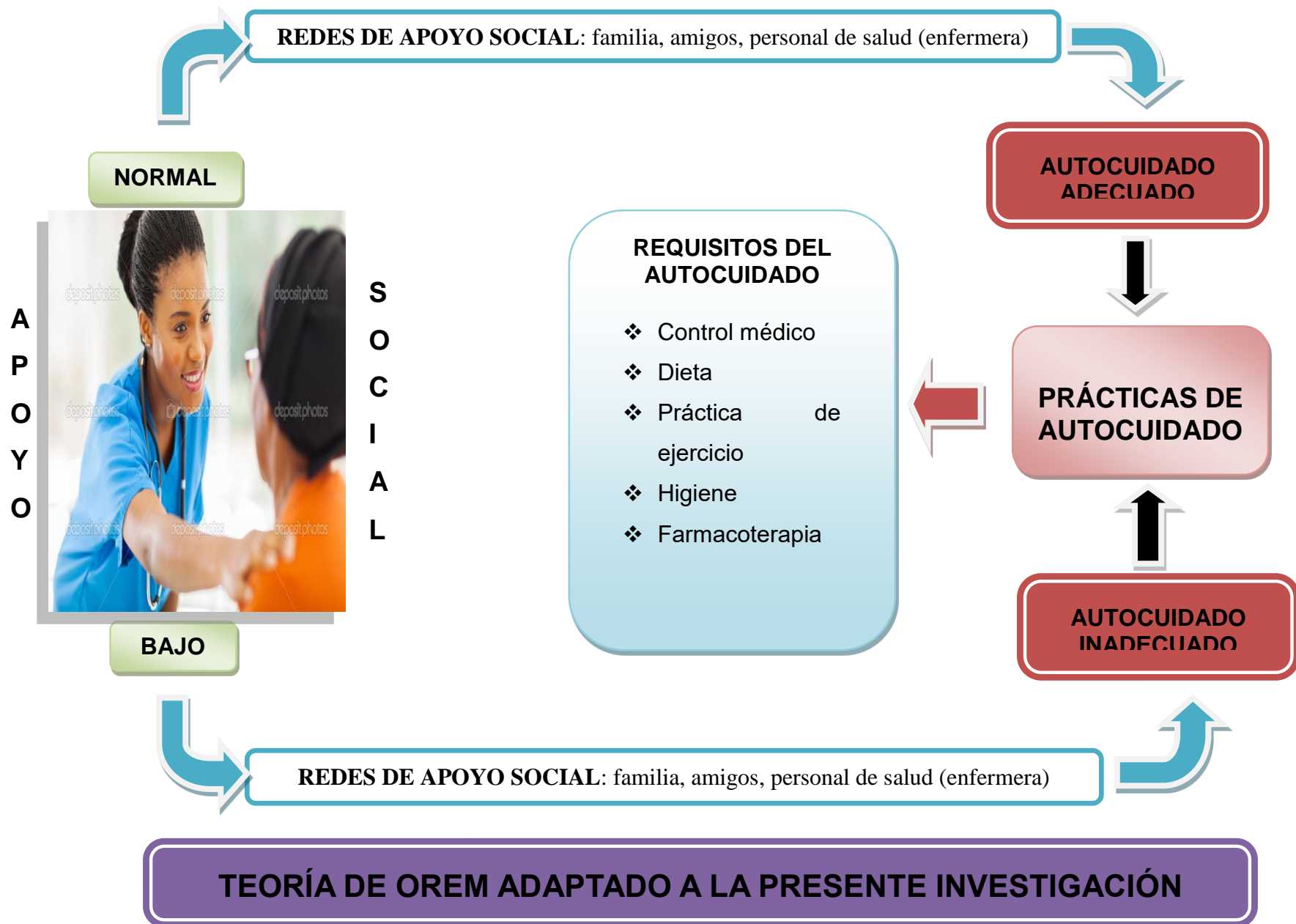
que además propiciará un mal afrontamiento de su enfermedad.

El apoyo familiar es considerado la base de las diferentes redes de apoyo social. La familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que puede contar la persona. Es por ello que con frecuencia las personas pertenecientes a familias funcionales tienen mejores niveles de salud debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de ella. En ella crecen, establecen reglas sociales y de ese modo, la familia se conforma como una unidad básica de relación en nuestra sociedad y como el tipo de organización humana más duradera y universal. Por otro lado se puede deducir que los familiares cuidadores ofrecen servicios directos a los pacientes que padecen la enfermedad, colaborando en la preparación de la dieta del paciente, acompañándolo a las consultas médicas y brindando ayuda en algunas para lograr mejorar el cuidado de su salud (45).

Como se ha visto la percepción del apoyo familiar resulta fundamental para cumplir con prácticas de auto atención y autocuidado más adecuadas. De esta manera ayuda a la potenciación y creación de redes sociales de apoyo, permitiendo generar una comunicación del paciente con su entorno que favorece el cuidado de su salud (46).

En este sentido el presente trabajo de investigación puede concluir que el apoyo social brindado por las diferentes redes de apoyo, ya sea la familia, amigos y el personal de salud favorecen a conllevar mejor la enfermedad e influye

directamente en el autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, por ello a medida que dichas personas reciban apoyo social a través de estas redes, lograrán determinar su autocuidado.



III. METODOLOGÍA

3.1. MÉTODO DE ESTUDIO:

El presente informe de investigación es de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal.

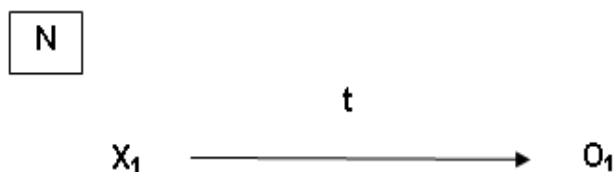
Es de tipo descriptivo ya que se describió el apoyo social y las prácticas de autocuidado del adulto con Diabetes Mellitus tipo II en el Hospital La Caleta

Es de tipo correlacional ya que explicó la relación entre las variables, el apoyo social y las prácticas de autocuidado del adulto con Diabetes Mellitus tipo II en el Hospital La Caleta

Es de corte transversal porque se identificó las características de la unidad de análisis en un determinado momento.

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO:

El diseño de estudio es de tipo descriptivo, correlacional, con una sola población



Dónde:

N : Adultos con Diabetes Mellitus tipo II.

- O1** : Nivel de Apoyo social en adultos con Diabetes Mellitus tipo II.
- X1** : Prácticas de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo II
- T** : Año 2015

3.3. POBLACIÓN:

La población estuvo constituida por 70 adultos con Diabetes Mellitus tipo II del Hospital La Caleta, Chimbote 2015.

a. Diseño muestral:

Por ser técnicamente y económicamente factible para el equipo investigador, se trabajó con 70 pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, que cumplan con los criterios de inclusión

b. Unidad de análisis:

Adultos con Diabetes Mellitus tipo II del Hospital La Caleta, Chimbote 2015.

c. Marco Muestral:

En este presente estudio se consideró como marco muestral: Libro de registro de censos de adultos con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II.

d. Criterios de Inclusión:

- Adulto con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, atendidos en el hospital La Caleta que no presenten otra patología agregada.
- Adulto maduro de 35 - 65 años, de ambos sexos con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, atendidos en el hospital La Caleta que no presenten otra patología agregada.
- Adulto maduro con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, atendidos en el hospital La Caleta que no presenten otra patología agregada que acuden regularmente al Programa de Diabetes en el Hospital La Caleta.
- Adulto maduro con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, que tenga una asistencia mínima de 6 meses en el programa de Diabetes y se atiendan en el hospital La Caleta que no presenten otra patología agregada.
- Adulto maduro con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, que se encuentren orientados en tiempo, espacio y persona, atendidos en el hospital La Caleta que no presenten otra patología agregada.

e. Principios Éticos:

Se dio cumplimiento en los principios éticos como la autonomía, Beneficencia, no maleficencia y justicia, respetando la integridad de las pacientes adultos hospitalizados.

- **Principio de Autonomía y confidencialidad:** Este principio se sustenta en la privacidad de la identificación de la persona, garantizando que la información es accesible solamente a aquellos autorizados a tener acceso, por lo cual firman el consentimiento informado.
- **Principio de integridad científica:** se entiende por integridad científica a la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven de base a una investigación, así como el análisis y comunicación de los resultados. La integridad o rectitud deben regir no solo la actividad científica de un investigador. Sino que debe extenderse a sus actividades de enseñanza y a su ejercicio profesional.
- **Principio de autonomía:** implica la "capacidad de elección, libertad" en el presente estudio de investigación se respetara la decisión del paciente de aceptar o rechazar su participación en el mismo, por ello se le solicitará su aceptación, firmando el consentimiento informado

y una información completa sobre los objetivos del estudio de investigación.

- **Principio de responsabilidad:** este principio se sustenta que es deber y responsabilidad personal del investigador considerar cuidadosamente las consecuencias que la realización y la difusión de su investigación implican para los participantes y para la sociedad en general. Esta tarea no puede ser delegada a otras personas. Ni el acto de delegar, ni el acto de recibir instrucciones liberan de responsabilidad.
- **Principio de justicia:** este principio se sustenta en la obligación ética de dar a cada una de las personas lo que verdaderamente necesita o corresponde, en consecuencia con lo que se considera correcto y apropiado desde el punto de vista moral. Todo paciente participante del estudio de investigación tendrán el derecho de conocer los resultados y recibir la consejería necesaria por igual.
- **Principio de beneficencia y no maleficencia:** este principio se sustenta en que se debe asegurar el bienestar de las personas que participan en las investigaciones. La conducta del investigador debe responder a no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios

3.4.DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

A. VARIABLE 1:

1. PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II

Definición conceptual:

Actividad del individuo aprendida por este y orientada hacia un objetivo, siendo una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia e entorno para regular los factores que afectan su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar. Dorotea Orem (1983) (25).

Definición operacional:

- **Adecuados:** Se considera el puntaje mayor o igual al promedio del total de la población.
- **Inadecuados:** Se considera el puntaje menor al promedio del total de la población.

B. VARIABLE 2:

2. APOYO SOCIAL EN EL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II

Definición conceptual:

Es la satisfacción de necesidades individuales de afecto pertenencia y seguridad que son satisfechas por personas significativas ya sea por familiares, amigos y/o grupos profesionales de ayuda y asistencia mutua (26).

Definición operacional:

- **Normal:** Se considera el puntaje mayor o igual al promedio del total de la población.
- **Bajo:** Se considera el puntaje menor al promedio del total de la población.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: En el presente estudio de investigación se utilizó la técnica de encuesta.

Instrumento: Se realizó la recolección de datos empleando como instrumento un cuestionario de Prácticas de Autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo II, y el cuestionario de Nivel de apoyo social en adultos con Diabetes Mellitus tipo II

A. Se utilizó el cuestionario de Prácticas de Autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo II: (ANEXO 01).

I. Nivel de autocuidado **34 ítems**

- | | |
|---------------------------|----------|
| a. Control médico | 06 ítems |
| b. Dieta | 11 ítems |
| c. Uso de medicamentos | 04 ítems |
| d. Practica de ejercicios | 04 ítems |
| e. Higiene | 09 ítems |

Se le asignó al instrumento un valor máximo de 102 puntos, valorándose cada ítem con las alternativas:

- | | | |
|---------|---|----------|
| Siempre | = | 3 puntos |
| A Veces | = | 2 puntos |
| Nunca | = | 1 punto |

B. Se utilizó un el cuestionario de apoyo social en adultos con Diabetes Mellitus tipo II: (ANEXO 02).

I. Apoyo Social : **13 ítems,**

- | | |
|---|----------|
| ▪ Apoyo social a través de la familia: | 07 ítems |
| ▪ Apoyo social a través de amigos: | 04 ítems |
| ▪ Apoyo social a través de personal de salud: | 02 ítems |

Se le asignó al instrumento un valor de 39 puntos, valorándose cada ítem con las alternativas

Siempre	=	3 puntos
A Veces	=	2 puntos
Nunca	=	1 punto

3.6. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Prueba piloto:

Se realizó con la finalidad de comprobar que el instrumento sea preciso y entendible así como estimar su validez y confiabilidad. Fue revisado y corregido previamente antes de obtener el instrumento correcto y adecuado para la presente investigación y sometida a una prueba en el campo de estudio. Se aplicó una prueba piloto en 10 adultos con Diabetes Mellitus tipo II; en el Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, Nuevo Chimbote; con similares características a las del estudio.

- **Validez:** los instrumentos fueron validados a través de la correlación elemento-total corregida, correlación de Pearson, obteniéndose para el cuestionario de Prácticas de Autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo II, $r = 0,22$, considerándose válido; y para el cuestionario de Nivel de apoyo social en adultos con Diabetes Mellitus tipo II, $r = 0,33$, considerándose válido.
- **Confiabilidad:** La confiabilidad de los instrumentos se estimaron a través del coeficiente alfa de Crombach. Obteniéndose el cuestionario

de Prácticas de Autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo II, $\alpha = 0,63$, considerándose confiable; y para el cuestionario de Nivel de apoyo social en adultos con Diabetes Mellitus tipo II, $\alpha = 0,70$, considerándose confiable. **(ANEXO 03).**

3.7.PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la ejecución del presente estudio de investigación se siguió los siguientes pasos:

- Se coordinó con la Dirección de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa para solicitar la autorización de la Dirección del Hospital La Caleta.
- Se coordinó con la enfermera encargada del Programa de Diabetes para informarle sobre la investigación.
- Se seleccionó a los adultos que presenten Diabetes Mellitus tipo II, que reúnan los criterios de inclusión establecidos para la aplicación del instrumento.
- Se explicó a los adultos que presenten Diabetes Mellitus tipo II, el objetivo de la aplicación del instrumento.
- Se aplicó los instrumentos seleccionados para medir las variables de estudio: el Cuestionario de Prácticas de Autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo II y el cuestionario de Nivel de apoyo social en adultos con Diabetes Mellitus tipo II; cuya duración aproximada se dio

en un total de 6 horas en diferentes días, permaneciendo en todo momento a su lado para despejar cualquier duda.

- Una vez terminada la aplicación del instrumento se verificó que no existen errores, que estén completas las respuestas de cada ítem y coincidan el número de instrumentos.
- Los instrumentos se aplicaron en el turno de mañana en el programa de control y Prevención de Diabetes por el equipo investigador.

3.8.TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El procesamiento, interpretación y análisis de los datos se realizó empleando el software especializado SPSS versión 20, previa codificación de los datos obtenidos, en sus dos niveles:

- **Nivel Descriptivo:** Los resultados estuvieron representados en tablas unidimensionales, y bidimensionales, frecuencia relativa y simple.
- **Nivel Analítico:** Estadística diferencial no paramétrica o analítica: Prueba de independencia de criterios, mediante la prueba de independencia de criterios (método Chi-Cuadrado, X^2), con un nivel de significancia de 0.05, Correlación de Pearson (r) y la prueba de Riesgo

Odd Ration (OR) para determinar la relación correlación y riesgo entre las variables de estudio.

IV. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS

TABLA Nro. 01: PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II. HOSPITAL LA CALETA., CHIMBOTE 2015.

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO	fi	hi
Inadecuado	40	57.1
Adecuado	30	42.9
TOTAL	70	100,0

Estadísticos descriptivos

Cuestionario de prácticas de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo II	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Practica de Autocuidado	70	63	95	81,61	6,228
N válido (según lista)	70				

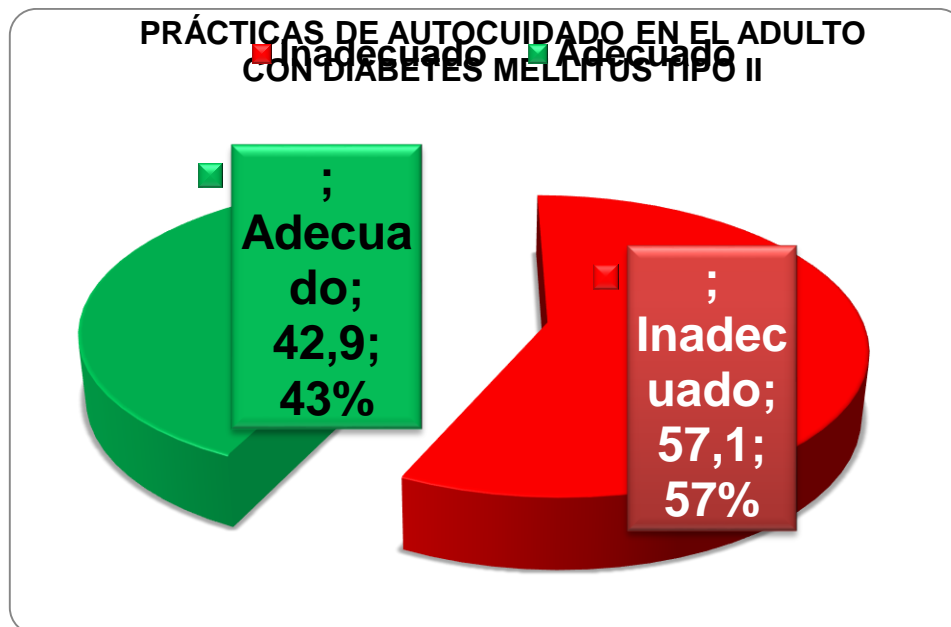


FIGURA Nro. 01: PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II. HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE 2015.

TABLA Nro. 02: APOYO SOCIAL EN EL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II. HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE 2015

APOYO SOCIAL	fi	hi
Bajo	42	60.0
Normal	28	40.0
TOTAL	70	100,0

Estadísticos descriptivos

Cuestionario de apoyo social	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Apoyo Social	70	18	38	29,84	4,974
N válido (según lista)	70				

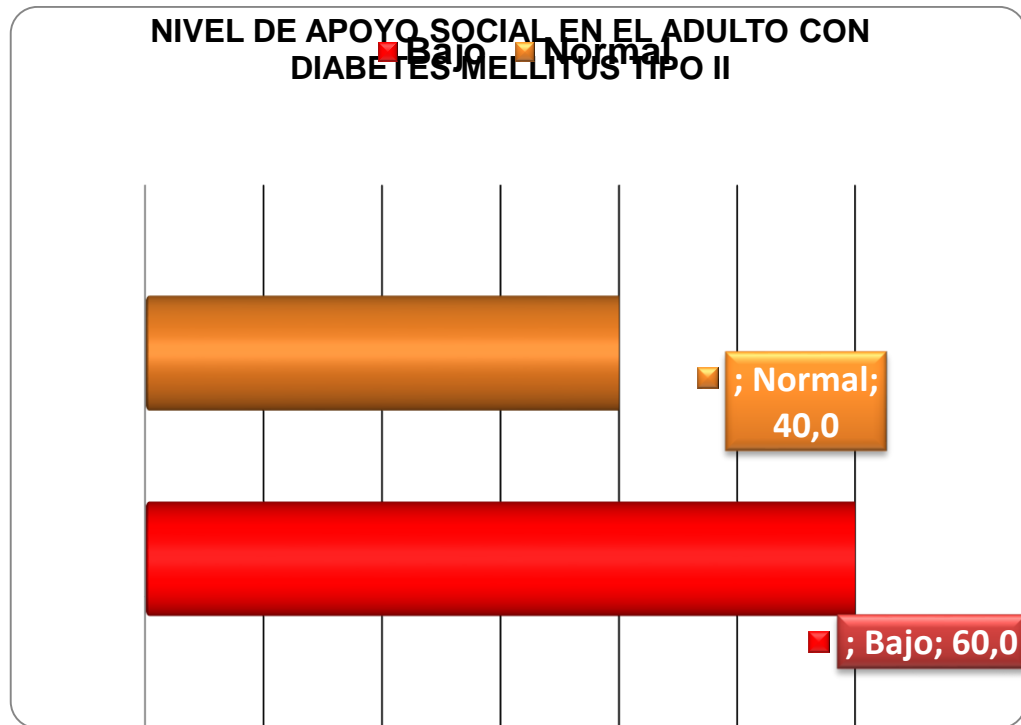
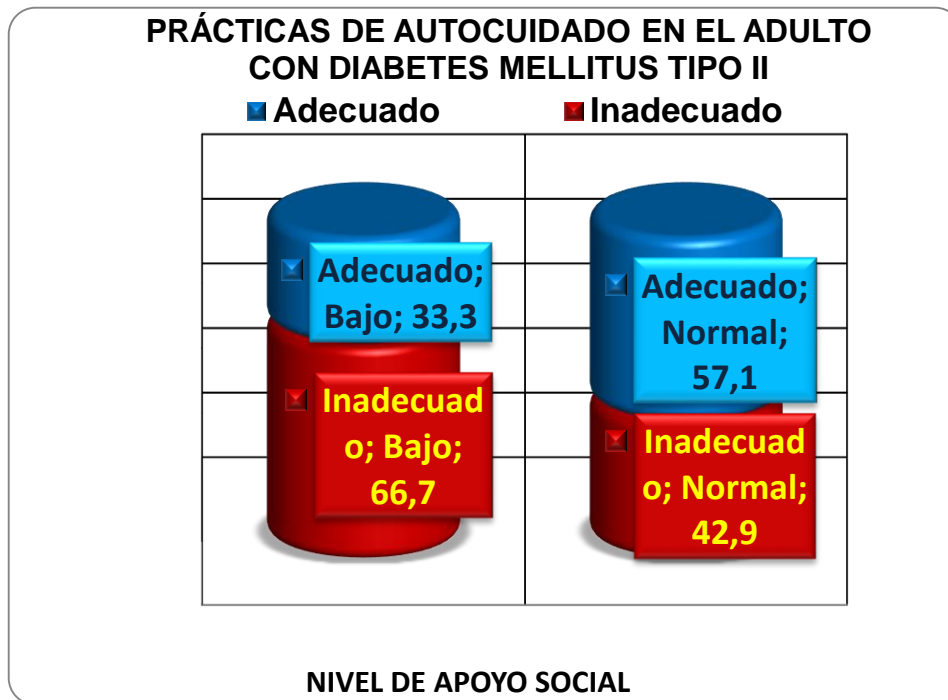


FIGURA Nro. 02: APOYO SOCIAL EN EL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II. HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE 2015.

TABLA Nro. 03: APOYO SOCIAL Y LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II. HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE 2015

NIVEL DE APOYO SOCIAL	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO				Total	
	Inadecuado		Adecuado		fi	hi
	fi	hi	fi	hi		
Bajo	28	66.7	14	33.3	42	60.0
Normal	12	42.9	16	57.1	28	40.0
TOTAL	40	57.1	30	42.9	70	100.0

**$X^2 = 3,889$ gl = 1 p=0,049 Significativo r = 0.40 correlación moderada
OR= 2.7 Riesgo elevado**



$X^2 = 3,889$ gl = 1 p=0,049 Significativo r = 0.40 correlación moderada

OR= 2.7 Riesgo elevado

FIGURA Nro. 03: APOYO SOCIAL Y LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II. HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE 2015

4.2. ANALISIS Y DISCUSION:

En la **Tabla N° 01**, sobre las prácticas de autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus tipo II, Hospital La Caleta, se observa, una mayor proporción de prácticas inadecuadas (57.1%) y con menor proporción prácticas adecuadas (42.9%), hallazgos que permiten evidenciar que los pacientes en el estudio presentan menores prácticas de autocuidado.

Resultados similares son reportados por Alarcón (1993) quien señala que sólo el 18, 3% de pacientes poseen una alta capacidad para el autocuidado, en tanto que el 81,7 % no cuenta con esta capacidad (14).

Estos resultados difieren con Méndez y Montero (2012) quienes encontraron que un porcentaje de 54.9% de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II presentó un nivel de autocuidado bueno, un porcentaje 38.5% presentó un nivel de autocuidado regular y porcentaje de 6.6% nivel de autocuidado malo (22).

Otro resultado es similar reportado por Irasema y Tatiana (2007) obtuvo como que el 33% de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II presentaron buena capacidad para el autocuidado y 67% regular, siendo que ninguno presentó capacidad para el autocuidado considerada muy buena o mala. Las personas tienen exigencias de autocuidado relacionadas a la propia fase del ciclo vital, así como la presencia de enfermedades

concomitantes, exigiendo apoyo y un acompañamiento cercano de los familiares como primera red de apoyo (17).

El autocuidado para enfermería constituye un enfoque particular hacia la práctica clínica que pone énfasis primordialmente en la capacidad de la persona de lograr y mantener su salud. El autocuidado aun cuando está íntimamente vinculado a los conocimientos aprendidos, es una conducta que aparece súbitamente en situaciones concretas de la vida y que la persona dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afecten a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, salud y bienestar (34).

El gran porcentaje de prácticas inadecuadas de autocuidado obtenidos por los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, indican que no se cuidan en su totalidad de manera adecuada. Por ello es necesario actualizar, ampliar y efectivizar aspectos educativos en relación a los hábitos culturales de esta población para mejorar la calidad en la práctica de autocuidado.

Los resultados probablemente se deban a que los pacientes del programa del adulto con Diabetes Mellitus tipo II, en su mayoría están informados con respecto a su enfermedad y al autocuidado que deben seguir, pero por las responsabilidades que deben cumplir ya sea en su hogar o en la sociedad descuidan muchas veces algunos de ellos su salud, al no realizar buenas prácticas de autocuidado, evidenciándose en el menor

porcentaje las practicas adecuadas de autocuidado, lo que significa hábitos y estilos de vida inadecuados teniendo como resultado un mayor riesgo de complicaciones en salud de la persona.

En la **Tabla N° 02**, sobre el nivel de apoyo social en el adulto con Diabetes Mellitus tipo II, Hospital La Cateta, que la mayoría de los adultos tienen bajo apoyo social (60.0%) y con menor proporción un apoyo normal (40.0%).

Resultados que evidencian que un gran porcentaje de pacientes que no reciben el apoyo necesario por parte de las personas más allegadas a ellas como su familia, amigos, personal de salud entre otros; el cual es importante para poder afianzar el estado emocional en aquella persona que posee Diabetes, lo contrario de un factor protector llegaría a formar parte de un riesgo potencial para la persona.

Resultados que coinciden con Chávez (2011) quien obtuvo como resultados que el 35.2% de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II presentó un nivel de vida regular, mientras que un 30,3% presentó un nivel malo; en segundo lugar, el 34.9% evidenció un nivel de apoyo familiar bueno mientras que en el 22,5% fue excelente. Finalmente, el 51,3% mostró un nivel de calidad de vida bueno según el nivel de apoyo familiar, llegando a la conclusión que el apoyo familiar influye positivamente en la calidad del paciente con Diabetes Mellitus tipo II (21).

El apoyo familiar es considerado la base de las diferentes redes de apoyo social. La familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que puede contar la persona. Es por ello que con frecuencia las personas pertenecientes a familias funcionales tienen mejores niveles de salud debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de ella. En ella crecen, establecen reglas sociales y de ese modo, la familia se conforma como una unidad básica de relación en nuestra sociedad y como el tipo de organización humana más duradera y universal (45).

Podemos inferir que el apoyo familiar favorece a conllevar mejor la enfermedad y las medidas de autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, ya que ellos comparten con sus familiares la vida cotidiana, que implican los diversos estilos de vida. Por otro lado se puede deducir que los familiares cuidadores ofrecen servicios directos a los pacientes que padecen la Diabetes Mellitus tipo II, como colaborando en la preparación de la dieta del paciente, acompañándolo a las consultas médicas y brindando ayuda en algunas para lograr mejorar el cuidado de su salud (46).

Como se ha visto la percepción del apoyo familiar resulta fundamental para cumplir con prácticas de auto atención y autocuidado más adecuadas. De esta manera contemple la potenciación y creación de redes sociales de apoyo, permitiendo generar una comunicación del paciente con su entorno que favorece el cuidado de su salud, ya sea por la guía cognitiva

como por los aspectos instrumentales que brinda.

En la **Tabla N° 03**, sobre el nivel de apoyo social y las prácticas de autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus tipo II, Hospital La Caleta, se observa que entre los adultos que tiene nivel de apoyo bajo prevalece el nivel inadecuado de prácticas de autocuidado (66.7%), a diferencia de los adultos que tienen normal apoyo social, en quienes prevalece el nivel de practica adecuado (57.1%).

Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, existe relación significativa ($p=0,049$) entre las variables de estudio. Asimismo, ante la medida de correlación, existe una correlación positiva moderada entre ambas variables ($r = 0.40$), es decir, a mejor nivel de apoyo mejora el nivel de las prácticas de autocuidado. Ante la prueba de riesgo, el tener un nivel de apoyo bajo se constituye en riesgo elevado para inadecuada prácticas de autocuidado ($OR=2.7$), es decir, existe 2.7 veces más riesgo que los adultos tenga inadecuada prácticas de autocuidado, si tienen un nivel bajo de apoyo social.

Estos resultados son similares a Cuervo (2001) que en su estudio obtuvo como resultados que el apoyo social tiene un efecto significativo en el estilo de vida de los pacientes, a mayor apoyo social mejor es el estilo de vida de los sujetos estudiados, la fuente de apoyo más importante fueron la esposa, el esposo y la hija. El 67.9% tiene una escolaridad baja y el 69.8%

vivía con su pareja (15).

Los resultados encontrados nos indican que un mejor nivel de apoyo ayuda a que el individuo asuma con mayor responsabilidad su enfermedad y realice mejores prácticas de autocuidado. Se considera también que los pacientes adultos son conscientes de sus experiencias y de los acontecimientos que ocurren en situaciones de cuidado sanitario y son capaces de llegar a ser agentes de su propio cuidado sanitario.

Asimismo en estos resultados obtenidos en la investigación se afirma que la salud es importante por lo que los individuos que cuentan con este apoyo social disponible, tiene un mejor ajuste psicológico y tienden a mejorar su salud y nivel de vida.

Por otro lado para que la red social sea efectiva, no sólo es necesario que exista desde un punto de vista estructural sino también que las personas que formen parte de la red, tengan la habilidad, conocimiento y motivación suficiente para proveer soporte. Y es que en este sentido, parece ser que aquellos acontecimientos vitales inesperados como por ejemplo la aparición de la enfermedad en algunos casos, resultan ser más problemáticos desde el punto de vista de la efectividad del soporte, ya que además de que el paciente está sometido a mayor nivel de estrés porque no ha podido prepararse para el evento, a menudo los miembros de la red social no ofrecen el apoyo adecuado por falta de habilidades y/o conocimiento a pesar

de que exista motivación para ello.

En el campo de la salud donde la relación entre redes de apoyo y calidad de vida ha sido más analizada. Como resultado las personas que se encuentran más apoyadas pueden hacer frente a las enfermedades, estrés y otras dificultades de la vida en mejores condiciones. También concluyen que las relaciones de calidad pueden tener efectos en los niveles de depresión y también impactan la frecuencia de enfermedades y la respuesta inmunológica.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

Luego de analizar y discutir los resultados del presente trabajo de investigación, sobre “Apoyo Social y Prácticas de Autocuidado en el Adulto con Diabetes Mellitus Tipo II. Hospital la Caleta. Chimbote 2015”. Se detalla las siguientes conclusiones:

- ❖ Del 100% de adultos con Diabetes Mellitus tipo II encuestados, manifestaron tener prácticas de autocuidado adecuados 42,9% y el 57,1% demostraron prácticas de autocuidado inadecuados.
- ❖ Se identificó que el 40,0% de adultos con Diabetes Mellitus tipo II manifestaron tener un apoyo social normal, y el 60,0 % demostró tener apoyo social bajo.
- ❖ Si existe una relación significativa entre el apoyo social y las prácticas de autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus tipo II ($p=0,049$).

5.2. RECOMENDACIONES:

- ❖ Que los resultados de la presente investigación sirvan de referencia para elaborar programas educativos con el fin de fomentar e incrementar el nivel de apoyo social en los adultos con Diabetes Mellitus tipo II para mantener un autocuidado adecuado.
- ❖ Se recomienda sensibilizar a las principales redes de apoyo social; familia, amigos y personal de salud, con el propósito de mantener un autocuidado adecuado en el adulto con Diabetes Mellitus tipo II.
- ❖ Difundir los resultados obtenidos, a fin de otorgar importantes aportes en el manejo de la persona con Diabetes Mellitus tipo II contribuyendo a elevar su nivel de autocuidado.
- ❖ Que los estudiantes de enfermería de las diferentes universidades del país, así como los profesionales de salud realicen más investigaciones utilizando el modelo de autocuidado, teniendo en cuenta otras variables como nivel socioeconómico, nivel de conocimientos entre otros, que puedan influir en el autocuidado de pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo II.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. VILLALBA, Y. (2003). Metas para el Manejo del Paciente Diabético. Actualización en Medicina Interna. 62 – 68. [Base de datos en línea]. Actualizado: junio Acceso Dic. del 2014. Disponible en: <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/1137/1/Tesis.DIABETES%20MELLITUS%20EN%20LOS%20ESTUDIANTES%20DE%20MEDICINA.pdf>
2. OMS. (2014). Diabetes Mellitus Tipo 2. Portal Web. [Base de datos en línea]. Actualizado: Noviembre. Acceso 20 de Dic. 2014. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/
3. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2012). La Diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas. Accesado el 24 de marzo del 2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7453%3Adiabetes-shows-upward-trend-in-the-americas&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es

4. REVISTA DE LA ASOCIACION LATINOAMERICANA DE DIABETES – ALAD (2011). Epidemiología de la diabetes tipo 2 en América Latina. Accesado el 24 de marzo del 2013. Disponible en: <http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>
5. MINISTERIO DE SALUD (2014). Estadística e Informática, Portal Web. [Base de datos en línea]. Actualizado: junio Acceso 20 de julio de 2014. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos94/diabetes-miellitos/diabetes-miellitos.shtml>
6. CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE ENVEJECIMIENTO Y SALUD PÚBLICA (2012). Epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles en las personas mayores en el Perú. Accesado el 25 de marzo del 2013. Disponible en: <http://www.medicina.usmp.edu.pe/investigacion/2012/Congreso%20USMP%20ECNT%202012/Segundo%20Dia/EPIDEMIOLOGIA%20DE%20LAS%20ENFERMEDADES%20CRONICAS%20NO%20TRANSMISIBLES.pdf>

7. MINISTERIO DE SALUD (2010). Tomemos el control de la diabetes. Perú. Accesado el 24 de marzo del 2013. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/diabetes/datos.asp>
8. MINISTERIO DE SALUD (2013) Casos de diabetes mellitus en consulta externa, enero a diciembre del 2013. Accesado el 15 de abril del 2014. Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=10&lcoobj=3&lcper=1&lcfreg=10/3/2014
9. MINISTERIO DE SALUD (2012) Casos de diabetes mellitus en consulta externa, enero a diciembre del 2012. Accesado el 20 de abril del 2014. Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/Detalle_IndBSC.asp?lcind=10&lcoobj=3&lcper=1&lcfreg=11/4/2013
10. OFICINA DE ESTADISTICA RED PACIFICO SUR (2013). Nuevo Chimbote, Perú. 2013.

11. PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES DE ESSALUD – CHIMBOTE (2011). Chimbote, Perú. 2013.
12. QUINTERO, M. (1994). El autocuidado. Accesado el 25 de marzo del 2013. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/autocuid.pdf>
13. ALARCÓN S, S. (1993) Capacidad de Autocuidado del Paciente Diabético Crónico. Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Chillán, Chile. Pág. 124, disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1017/1/hidalgo_ce.pdf
14. CUERVO C, A. (2001) Factores Personales. Apoyo Social y Estilo de Vida del Paciente con Diabetes tipo 2, Monterrey. Tesis inédita de maestría en enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México.
15. AMADOR D, B; Márquez C, G y Sabido S, S. (2004) Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos Tipo

2 en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Art. Archivos en Medicina Familiar. (Versión digital). Volumen 9. Enero-Abril 2007 [acceso en: 24.09.2014]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072f.pdf>

16. IRASEMA R, B y Tatiana A, M. (2007) Capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 relacionadas con algunas variables sociodemográficas y clínicas en el hospital de urgencia en México. Rev. Latinoamericana - Enfermagen. (Versión digital). Nov.- Dic. 2010 [acceso en: 24.09.2014]; 18(6): [09 pantallas]. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/4275/5418>
17. OLGA A, M y Lourdes C, I. (2013) Autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del centro de salud N° 1 Pumapungo, Cuenca – Ecuador. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad de Cuenca, Ecuador. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5091/1/ENF101.pdf>

18. GRACIA, C y Gosser, M. (1996) Calidad de autocuidado referido según el tiempo de enfermedad en la Esperanza – IPPS, Tesis para optar el título de licenciado en Enfermería. Trujillo, Perú.
19. ELVIA H, C. (2005) Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos y los factores socioculturales que lo favorecen o limitan su cumplimiento, en el Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Lima- Perú.
20. CHÁVEZ, S. (2011) Relación nivel apoyo familiar en el cuidado y calidad de vida, pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Trabajo extraído de la tesis de maestría. Escuela Académico Profesional de Enfermería – Universidad Norbert Wiener. Lima, Perú. Fecha de acceso: 01/08/14. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/cei/Documentos_Memorias/V%20Encuentro%20de%20la%20Red%20Latinoamericana/Trabajos%20Ponencias/25%20Gaby%20Sonia%20Ch%C3%A1vez%20Zegarra.pdf

21. MÉNDEZ, C y Montero, F. (2012) Nivel de Información y su Relación con las Prácticas de Autocuidado y Apoyo Familiar Percibido en Adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 del HBT. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo, Perú.
22. VIRGINIA, A y Luz, M. (2013) Nivel de información sobre Diabetes Mellitus y Nivel de Autocuidado en pacientes Adultos del Programa de Control del Hospital I Es Salud – Chepén. Tesis para optar el grado de Maestra en Ciencias de Enfermería. Chepén. Perú
23. CÓRDOVA, J; Graus, S y Porta, I. (2001) Algunos factores biológicos y sociales relacionados con el nivel de autocuidado del paciente diabético del Hospital III – Essalud, Tesis para optar título de licenciado en Enfermería – Universidad Nacional del Santa. Chimbote. Perú.
24. LÓPEZ, O y De la Cruz, B. (2008) Autocuidado del usuario con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con factores personales y socioeconómicos. Hospital - la caleta, Tesis para optar título de

licenciado en Enfermería – Universidad Nacional del Santa.
Chimbote. Perú.

25. VICTORIA T, C. (2009) Situación de los pueblos indígenas del mundo. Rev. Pública de las Naciones Unidas. (Versión digital). Ene.2009 [acceso en: 24.09.2014]; Disponible en: http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/SOWIP_fact_sheets_ES.pdf
26. WILLY R, y Tania L. (2012) Resultados de la Vigilancia Epidemiológica de Diabetes Mellitus En Hospitales Notificantes Del Perú. Rev. Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.(Versión digital).2014; 31(1): 9:15. [fecha de acceso: 06.10.14]; Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n1/a02v31n1.pdf>
27. INFORME TEÓRICO DE CONSULTORIO EXTERNO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL LA CALETA. (2007), Chimbote.
28. CISNEROS, F. (2005). Teorías y modelos de enfermería. Universidad del Cuaca - Colombia. Accesado el 15 de marzo del 2014. Disponible

en:<http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

29. OREM, D. (1992). Normas prácticas de Enfermería. 1º ed. Edit. Pirámide S.A. México.
30. CABANAGH, H. (1993). Modelo de Orem: Aplicación Práctica. Ed. Científicas y Técnicas S.A. Barcelona-España.
31. MARRINER, A. (2007) Modelos y Teorías de Enfermería. 6ta ed. Ed. Elsevier – Mosby. Madrid, España.
32. GARCIA, R y Suarez, R. (2006). La educación de pacientes diabéticos. Editorial Ciencias Médicas. Cuba. Accesado el 10 de marzo del 2014.
33. SAUNDERS COMPANY (1984) Clínicas de Enfermería de Norteamérica. Edit. Norteamericana. Vol. 4 Pág. 803. Buenos Aires – Argentina

34. GUZMÁN, P. y Col. (1990) Educación para el Autocuidado: Modelos Teóricos en la Educación para la Salud. Vol. VIII N° 02. Pág. 6-18. Universidad Católica de Chile
35. ANDREU, R. y Sieber, S. (2000). La gestión integral del conocimiento y del aprendizaje. España. Accesado el 10 de octubre del 2013. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/3005443/GESTION-INTEGRAL-DEL-CONOCIMIENTO-Y-DEL-APRENDIZAJE>
36. GUÍA PERUANA DE DIAGNÓSTICO, CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II. (2008) Sociedad peruana de Endocrinología. Perú.
37. BRUNNER, L y Suddarth, D. (1991). Enfermería Médico Quirúrgico. 6ta ed. Ed. Interamericana S.A. México.
38. DONNA, D. (1995) Enfermería Médico Quirúrgico. 1ra ed. Ed. Interamericana. Vol. II. México.
39. ALFARO J, Simal A. y Botella F. (2006) Tratamiento de la Diabetes Mellitus. Información Terapéutica del Sistema Nacional

de Salud. España. Accesado el 9 de marzo del 2014. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/mellitus.pdf>.

40. CECIL, L. (1994) Tratado de Medicina Interna. 19va ed. Ed. Interamericana. Vol. II. México.
41. VEGA, A y Gonzáles,E. (2009)Apoyo Social: Elemento Clave en el Afrontamiento de la Enfermedad Crónica [serie en Internet]. [citado 09 de julio de 2015]; 4(16): [aprox. 11 p.]. Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/66351/63971>
42. MARTOS, J; Pozo, C y Alonso,E. (2010) Enfermedades Crónicas y Adherencia Terapéutica [monografía en internet]. Almería: Universidad de Almería [citado: 09 de julio de 2015]. Disponible en:
https://books.google.com.pe/books?id=7Wz_TDkk1AAC&pg=PA68&dq=definicion+de+apoyo+social&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=definicion%20de%20apoyo%20social&f=false

43. ARANDA, C y Pando, M. (2013) Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. IPS. [Revista en línea]. [Citado el 10 de Julio 2015]; 16(01). Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/viewFile/3929/3153>
44. GALBRAITH, M. (1995) Asistencia Social, Conceptos Básicos para las Prácticas de Enfermería. OPS. USA.
45. ALMONACID, V. (1996) Un Programa de Apoyo Psicosocial. Bol. 19(1) Pàg. 21-27. Barcelona.
46. DELGADO, L. (1991) Factores Familiares que influyen en la conducta de salud de las familias de Villa Morguen. Tesis en maestria – Chile.

ANEXOS

ANEXO N° 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
E. A. P. ENFERMERÍA**

TES DE APOYO SOCIAL EN EL ADULTO CON DIABETES MELLITUS HOSPITAL - LA CALETA

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. Dispone: La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. Marque con un aspa (X) la respuesta correcta.

¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes apoyos cuando lo necesita?	Siem- pre	A veces	Nunca
A. Apoyo social a través de la familia			
1. Ud. recibe muestra de amor y afecto por uno o más familiares.			
2. Tiene uno o más familiares a quién amar.			
3. Tiene uno o más familiares con quién pasar momentos agradables.			
4. Tiene algún familiar con quien comparte problemas.			
5. Tiene uno o más familiares con quien pueda hablar cuando lo necesite.			
6. Tiene algún familiar que le ayude en sus tareas domésticas si			

está indispuesto.			
7. Tiene algún familiar que le lleve al centro de salud cuando lo necesita.			
B. Apoyo social a través de amigos			
8. Tiene uno o más amigos que le aconseje cuando tenga problemas.			
9. Tiene algún amigo que comprenda sus problemas.			
10. Tiene uno o más amigos en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones.			
11. Tiene algún amigo con quien pueda distraerse y divertirse			
C. Apoyo social a través de personal de salud			
12. Recibe información por parte de la enfermera sobre su enfermedad.			
13. Ud. Recibe un trato amable por parte la enfermera			

ANEXO N° 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
E. A. P. ENFERMERÍA

TEST SOBRE PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO CON DIABETES MELLITUS DEL HOSPITAL - LA CALETA

INSTRUCCIONES: La siguiente encuesta es de carácter confidencial y tiene como propósito conocer las prácticas de autocuidado, por lo que le solicitamos responder con sinceridad marcando con un aspa (x) dentro del paréntesis y la respuesta que Ud. Considere conveniente.

PRACTICAS DE AUTOCUIDADO	Siempre	A veces	Nunca
A. <u>CONTROL MEDICO</u>			
1. Acude Ud. A su control permanente.			
2. Cumple con las indicaciones medicas			
3. En caso de sufrir fiebre, infección, traumatismos, consulta inmediatamente a su medico			
4. Se mide el nivel de glucosa periódicamente.			
5. Tiene control periódico por su endocrinólogo			
6. Llama o acude al médico inmediatamente ante cualquier síntoma inusitado.			
B. <u>DIETA</u>			
7. Conoce una orientación dietética especializada.			
8. Participa en la selección de sus alimentos y plan de su dieta.			
9. Sigue la dieta indicada por el personal de salud.			
10. Ingiere Ud. Otro tipo de dieta.			
11. Respeta la dieta de alimentos permitidos y prohibidos.			
12. En su dieta incluye alimentos ricos en fibras (frutas, verduras, legumbres).			

13. Excluye el alcohol de su dieta.			
14. Se pesa en forma regular y la registra.			
15. Toma alimentos adicionales cuando realiza actividades mayores de lo acostumbrado.			
16. Ajusta el horario de sus comidas a su trabajo.			
17. Evita el alimento rico en grasas.			
C. <u>FARMACOTERAPIA:</u>	Siempre	A veces	Nunca
❖ <u>Hipoglucemiantes Orales</u>			
18. Conoce los efectos colaterales de los hipoglucemiantes.			
19. Solo toma medicamentos prescritos por su médico.			
❖ <u>Insulina</u>			
20. Conoce el manejo adecuado de la insulina.			
21. Conoce los efectos colaterales de la insulina.			
D. <u>PRÁCTICAS DE EJERCICIOS</u>			
22. Participa en programas de ejercicios.			
23. Evita realizar ejercicios bruscos.			
24. Al realizar ejercicios lleva consigo algo que le identifique como diabético.			
25. Respeta las horas en que debe realizar sus ejercicios basándose en el horario de medicamentos que Ud. toma.			
E. <u>HIGIENE</u>			
26. Tiene el cuidado necesario para su higiene.			
27. Realiza su higiene diariamente.			
28. Se baña y seca con especial cuidado en las zonas de los pliegues de los pies, ingle y ombligo.			
29. Evita las situaciones que les puedan ocasionar lesiones.			
30. Tiene especial cuidado para con sus pies.			
31. Se lava los dientes por lo menos dos veces al día, hace lo mismo si tiene prótesis.			

32. Usa cepillo con cerda suave			
33. Visita al dentista cada 3 o 4 meses.			
34. Ud. Duerme en promedio de 6 a 8 horas.			

ANEXO N° 3

Validación y confiabilidad de los instrumentos

A. TEST SOBRE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II

Análisis de fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,627	34

Estadístico total- elementos

	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR00001	,590
VAR00002	,607

VAR00003	,622
VAR00004	,626
VAR00005	,618
VAR00006	,605
VAR00007	,611
VAR00008	,604
VAR00009	,635
VAR00010	,682
VAR00011	,597
VAR00012	,628
VAR00013	,656
VAR00014	,622
VAR00015	,671
VAR00016	,636
VAR00017	,567
VAR00018	,632
VAR00019	,607
VAR00020	,614
VAR00021	,590
VAR00022	,590
VAR00023	,594
VAR00024	,625
VAR00025	,608

VAR00026	,627
VAR00027	,637
VAR00028	,642
VAR00029	,639
VAR00030	,611
VAR00031	,599
VAR00032	,597
VAR00033	,578
VAR00034	,668

Correlación elemento-total corregida
,235

B. TEST DE APOYO SOCIAL

Análisis de fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,700	13

Estadísticos total-elemento

	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR00001	,708
VAR00002	,700
VAR00003	,679
VAR00004	,687
VAR00005	,675
VAR00006	,655
VAR00007	,632
VAR00008	,684
VAR00009	,651
VAR00010	,652
VAR00011	,602
VAR00012	,704
VAR00013	,780

Correlación elemento-total corregida
,333